

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

REVISTA - PERIODICO CIENTIFICO

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Fiestas-Teque, Luis; Nuñez del Prado, Pamela; Vivar, Roxana

Agorafobia en la infancia: A propósito de un caso.

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 74, núm. 1, 2011, pp. 213-218

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036933006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Agorafobia en la infancia: A propósito de un caso.

Agoraphobia in infancy: A case report.

Luis Fiestas-Teque¹, Pamela Nuñez del Prado², Roxana Vivar³.

RESUMEN

Se presenta un caso de agorafobia en un niño de 10 años de edad, que presenta temor y evitación a las aglomeraciones, a los lugares públicos como mercados, hospitales y escuelas, así como temor a viajar solo en autobús y ausentarse solo de casa, de inicio en la edad preescolar y con deterioro de su vida social y académica. (*Rev Neuropsiquiatr 2011;74:213-218*).

PALABRAS CLAVE: Agorafobia, ansiedad, niños.

SUMMARY

We report a case of a 10 year old boy with agoraphobia, who has fear and avoids crowds, public places, like markets, hospitals and school, and also has fear of travelling alone by bus and being alone in his house; with impaired social and academic life that started in preschool. (*Rev Neuropsiquiatr 2011;74:213-218*).

KEY WORDS: Agoraphobia, anxiety, children.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que hay evidencias que muchos adultos agorafóbicos reportan retrospectivamente síntomas en la niñez, pocos clínicos e investigadores han estudiado este trastorno en esta población. Así los desórdenes de ansiedad, tales como el trastorno de pánico (TP) y la agorafobia (AG) son raramente diagnosticados en niños, mientras que el diagnóstico de ansiedad de separación, se realiza con frecuencia (1).

Por lo poco diagnosticado a esta edad, presentamos el caso de un niño en edad escolar, con criterios de agorafobia.

Caso Clínico

Es un niño de 10 años, estudiante de 5º de primaria, que es llevado a la consulta por sus padres porque no sale de su casa y desde hace un mes no quiere ir al colegio. Además refieren que tiene “temor a quedarse

¹ Médico Residente de psiquiatría, Facultad de Medicina Alberto Hurtado; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

² Interna de psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

³ Médico psiquiatra de Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

encerrado en lugares extraños, a que se cierre la puerta, a no poder salir del colegio, de los mercados, los hospitales, los microbuses; y a que si hay una multitud, no pueda escapar”.

Relato: A los 3 años de edad, luego de 15 días de comenzadas las clases la profesora le dijo: “*Si no terminas tu dibujo, no vas a ir a tu casa*”. Luego de este hecho no quería ir al colegio, iba llorando temía que la profesora no le permitiera salir. Al cabo de una semana “se olvidó y se tranquilizó”.

A los 5 años de edad, fue cambiado a un salón que tenía una puerta de fierro enrollable, y decía: “*Mamá tengo miedo porque adentro es oscuro y cuando cierran la puerta, me da miedo*”. La madre tenía que recogerlo a las 12:45 pm y él tenía que salir antes que terminaran las clases, además tenía que estar en la puerta esperándolo a la misma hora todos los días, de no ser así lloraba mucho y se angustiaba, porque temía quedarse adentro. La madre también lo llevaba al colegio diariamente y él tenía que escuchar la frase “*profesora lo recojo a las 12:45 pm*” y la profesora tenía que confirmar “*sí señora*”. Sólo luego de escuchar este diálogo se quedaba tranquilo. Fue evaluado por el psicólogo del colegio, quien le dijo que era un poco tímido y que se le iba a pasar. A pesar de persistir con las molestias su rendimiento escolar era normal.

A los 6 años de edad, antes de iniciar la primaria, acudió a un colegio de preparación, durante 2 meses, a pesar que las puertas eran diferentes, la madre también tenía que esperarlo afuera del colegio, porque persistía con el temor a quedarse adentro.

A la edad de 9 años, se quedó encerrado en la casa de su abuelo materno, quien al salir dejó la puerta principal con llave, mientras el paciente jugaba con su tío de la misma edad. J al darse cuenta, “*se desesperó, lloró mucho, comenzó a gritar por la ventana pidiendo ayuda a los vecinos, quienes llamaron por teléfono a sus familiares para que les abrieran la puerta*”.

Hace un mes, salió del colegio 15 minutos antes de lo previsto porque “*sintió miedo de que los niños se agrupen, lo empujen, lo aplasten a la salida, a que la puerta se quede cerrada y no poder escapar*” por lo que dejó de ir al colegio durante 3 días. Cuando regresó, “*temblaba en la puerta*”, decía: “*No quiero entrar porque la puerta se va a cerrar, si muero será por tu culpa mamá*”. Los días siguientes iba al colegio con miedo, lloraba antes de ir, “*se demoraba hasta 30 minutos para asearse y cambiarse de ropa, dejaba pasar*

el tiempo adrede”, según la madre. A pesar de las molestias, acudió durante 15 días más; sin embargo, ya no utilizaba la movilidad particular, “*para no llegar temprano*”, ya que temía no encontrar profesores que lo ayuden, en caso lo necesitara. El rendimiento escolar de J ha ido disminuyendo en el último mes y han reaparecido las conductas de salir más temprano del colegio: “*porque mis amigos van a salir antes que yo y tengo temor a quedarme encerrado*”.

Los padres refieren que en la casa, sí pueden cerrar las puertas, tanto la principal, como la del dormitorio. El paciente duerme con ellos en el mismo dormitorio, en cama aparte, “*para darle seguridad*”. No visita otros lugares porque tiene temor a quedarse encerrado. Asimismo, es llevado a consulta porque ya no quiere asistir al colegio. “*No tolera estar en grupo, quedarse con la puerta cerrada, no puede estar en mercados, lugares públicos con muchas personas, tiembla, hace movimientos con las manos, hace gestos de no entrar y yo trato de tranquilizarlo*”, refiere el padre. “*Durante el viaje en microbús, cuando hay mucha gente, se pone nervioso, tenso, teme que lo aplasten y no pueda escapar*”.

Las funciones biológicas de J son normales.

Antecedentes personales: J procede de un embarazo no deseado y no planificado. La madre ocultó su embarazo hasta el 6º mes de gestación, por temor a su padre, usando pantalones apretados y cubriéndose con chompones. Nació de parto vaginal hospitalario, a término, con un peso de 3 300 g y 50 cm de talla, sin complicaciones. Su desarrollo psicomotor fue normal.

La educación inicial la empezó a los 3 años de edad; a pesar de sus temores, su rendimiento escolar fue bueno. Ganó un concurso de poesía y dibujo, también fue subbrigadier. Actualmente cursa el 5º grado de primaria y desde hace 1 mes, no quiere asistir al colegio.

En cuanto al temperamento, J ha sido un niño tranquilo, sociable, cariñoso hasta los 3 años de edad, después se tornó “*nervioso, tímido, temeroso, caprichoso*”, a veces hacia “*pataletas*”.

Con respecto al vínculo madre-hijo: La madre tiene 32 años, es ama de casa, le dio de lactar hasta 1 año 8 meses. Refiere que desde el nacimiento, lo cuida y sobreprotege, “*no quería que le pasara nada, siempre lo tenía limpio*”. No lo dejó gatear, para que no se ensucie y no se enferme. Le ha dado mensajes, como “*no hables con desconocidos*”, “*no cruces la pista*”.

Tampoco le permite ayudar en tareas del hogar porque “*aún no sabe*”; hasta la fecha, algunas veces, le pone los calcetines y lo baña, no haciendo lo mismo con el hermano menor.

En la relación padre–paciente: El padre tiene 43 años, es topógrafo independiente, debido a su trabajo se ausenta de casa hasta por un mes. Es afectuoso con su hijo; pero no tiene tiempo para jugar con él. Los padres tienen “una relación con altibajos” debido a su consumo de alcohol. Los padres niegan haber llegado a agresiones físicas o a haber tenido intentos de separación. La madre describe a su esposo como bueno, tranquilo y casero. Su hermano menor de 4 años tiene mejores habilidades sociales, es muy hábil e independiente, la relación con él, es relativamente satisfactoria. El padre tiene dos hijas de 15 y 13 años de edad de parejas anteriores.

Comorbilidad y antecedentes patológicos: según el padre: “*su ansiedad se hizo más evidente cuando hace 2 años en Yauyos, durante una procesión en una calle estrecha se atravesó un ómnibus que impedia el paso de la gente, el paciente se angustió, lloró mucho y tuvieron que sacarlo por sobre la multitud*”. Desde esa fecha ya no quiere ir a esa festividad. No presenta recuerdos ni pesadillas en relación a este evento, no hay historia de maltrato, ni abuso físico o sexual. Presenta asma bronquial desde los 3 años de edad, hasta 4 episodios anuales. En cada crisis, lo nebulizaban con fenoterol en gotas, además de dexametasona IM por 2 días y salbutamol en inhalación por 7 días. Además, desde esa edad tiene temor a las inyecciones.

Antecedentes familiares: Tiene un primo paterno de 15 años, con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), en tratamiento, y una tía materna de 27 años, que “*es nerviosa, ansiosa*” y ha recibido tratamiento. Se desconocen los fármacos usados en ambos familiares.

El examen físico de J está dentro de los límites normales.

Al examen mental (05/08/10) se encontró que J antes de ingresar al consultorio había estado en el estacionamiento, intentando salir de la institución, por temor a que las rejas se ciernen y se quede adentro, sin poder salir. Cuando se le llamó al consultorio, no quería ingresar, estaba sudoroso, ansioso y lloraba. Su madre logró convencerlo e ingresó pidiendo que la puerta se mantenga abierta, se sentó junto a la madre, abrazándola

y hablándole al oído. J no colaboró con la entrevista, luego de 3 minutos en el consultorio, llora y pide salir. Su lenguaje era disátrico y de volumen bajo. Decía: “*tengo miedo, el instituto tiene ventanas con rejas y no puedo escapar*”. “*Tengo miedo de no poder salir, que la puerta se cierre y me quede adentro*”. “*Tengo miedo que algo me pase*”. Lucía ansioso, angustiado y tembloroso.

Conducta de los padres ante los síntomas del niño: A los 3 años de edad, al inicio de la enfermedad, la madre pensaba que el temor de su hijo a ir al colegio, era una reacción normal a las exigencias de la profesora, de terminar sus dibujos, por lo que no le tomó importancia ya que las molestias pasaron a la semana. A los 5 años de edad, lo atribuía a que era “nervioso y, tímido, y pensaba que se le iba a pasar”, como le dijo el psicólogo. Por lo que, no buscaron ayuda profesional, la madre se ponía ansiosa y sobreprotegía al paciente, además todos los días lo recogía del colegio para que no se angustie. El padre viajaba constantemente, ausente, e indiferente al inicio. Como la madre pensaba que era nervioso, le prestaba más atención que al hermano menor, lo bañaba y vestía, a pesar que el podía hacerlo, “trataban de comprarle todos los juguetes que él pedía” y lo hacían dormir en el mismo dormitorio con ellos. Recién buscaron ayuda profesional, cuando hace un mes ya no quería asistir a clases y lo notan más ansioso y con el temor incrementado a salir de casa solo, no poder ir a procesiones, mercados o viajar en autobús. Cuando llegan a la consulta ambos padres muestran ansiedad, siendo más evidente en la madre.

Evaluación psicológica: tiene un C. I. general de 101, C. I. verbal de 93 y C. I. ejecutivo de 111, con un potencial de 120. La discrepancia entre el potencial y su rendimiento actual junto a la irregularidad interescalares atribuible a factores de orden emocional. La estructura de personalidad es de tipo ansioso y el estilo de crianza es inhibicionista.

Tratamiento: desde el inicio recibió sertralina 25-37.5 mg diarios y psicoterapia individual de tipo cognitivo-conductual. La psicoterapia se inició a partir de la segunda semana, cuando el nivel de ansiedad tanto del niño como de los padres, había disminuido lo suficiente como para que el niño permaneciera en el consultorio por aproximadamente 15 minutos, con la puerta a medio cerrar y los padres estuvieran en condiciones de brindar contención al niño, durante los episodios de crisis que pudiera presentar. Todas las sesiones se realizaron en un ambiente preparado para la atención de niños, con

juguetes que el niño empleaba a libre elección, durante la consulta. La frecuencia de las sesiones ha sido de una vez por semana.

Se educó tanto al niño como a sus padres sobre la naturaleza de la enfermedad y la importancia de su participación para el éxito de la tarea. Se pidió a los padres que se pusieran en contacto con los profesores para que conozcan la situación de salud del niño, brinden el apoyo requerido en el colegio y le envíen los temas tratados en clase, a fin que continúe su educación incluso en esta etapa. Se recomendó a los padres que mantuvieran al niño realizando tareas académicas en el mismo horario que asistía al colegio y que las actividades de recreación la realizaran luego del cumplimiento de las actividades académicas, en el horario previo a la enfermedad. Además, se pidió a los padres que continuaran con la rutina para ir a la escuela, que se levantara a la misma hora, que se pusiera el uniforme, que tomara sus útiles y se dirigiera con uno de los padres a la escuela. Se le explicó que la ansiedad iba a aumentar conforme se acercara al colegio, pero que a pesar de ello era necesario que continuaran hasta llegar al colegio y cumplir la meta de permanecer dentro del colegio, cerca de la puerta de entrada, junto con el padre, por 10 minutos. Se les hizo saber lo difícil que era para ellos cumplir con esta tarea, pero que era crucial para el éxito del tratamiento. Además se le pidió que fuera del horario escolar acudieran al supermercado más cercano a comprar sólo un producto para la familia y regresaran a casa luego de quince minutos de estar en él.

En la segunda semana la familia estaba más animada por haber cumplido lo recomendado. Se les felicitó y se recomendó que festejaran en casa por este éxito, viendo un video infantil y comiendo golosinas. Se continuó con el mismo método, incrementando el tiempo de permanencia en el colegio y supermercado y agregando la tarea de tomar microbús para llegar hasta este último. Luego de cinco semanas, el niño y sus padres eran capaces de estar en los lugares y situaciones señaladas por una hora, con mayor tolerancia a la ansiedad y mayor seguridad de éxito. A partir de entonces se recomendó la permanencia del niño en el salón de clase por dos horas, en compañía de la madre; así como la asistencia al supermercado en forma diaria utilizando microbús (nunca taxi), para la compra de todo lo necesario para el día siguiente. No se encontraron dificultades para el cumplimiento de estas indicaciones; sin embargo, cuando se le pidió a la madre que ya no se sentara junto a J en el salón de clase, se observó un marcado incremento de ansiedad

tanto en el niño como en la madre, por ello se mantuvo la cercanía de la madre dos semanas más, pidiéndoles que ambos estuvieran en el colegio hasta la hora del recreo, actividad que J disfrutaba, y luego de participar en él fueran a casa. Luego recién se volvió a indicar la tarea de distanciar a la madre, hasta que se ubicó lo más alejada del niño, cerca de la puerta de salida del aula, luego fuera del salón en el pasillo (con la clara indicación de que el niño podría verla, en cualquier momento, si lo deseaba), hasta que terminó llegando a la dirección del colegio. Estando en la dirección, el director envió a la madre a otro lugar, lo que coincidió con que el niño fue a verla luego del recreo y no la encontró, tornándose muy angustiado y negándose a asistir al colegio al día siguiente. Esto motivó una consulta de emergencia y el envío al director de nuestro agradecimiento por su apoyo y la solicitud de que la madre no salga de la dirección. Al cabo de este incidente el tratamiento continuó su proceso. Durante el tránscurso del mismo se observó que el paciente se tornó exigente con los padres en la obtención de regalos y que ellos tenían tendencia a facilitarlos “por temor a que se ponga mal”, así como el inicio de conducta oposicionista en el hermano menor, quién empezó a reclamar mayor atención de los padres. Ambas problemas fueron resueltos al asegurar a los padres que era normal que el paciente se frustrara si no le daban lo que pedía pero que esto no significaba un retroceso en la enfermedad, además se les hizo notar las necesidades emocionales de su otro hijo y la importancia de no exagerar en los cuidados de J. Al momento, luego de seis meses de tratamiento, el paciente continúa yendo al colegio acompañado por la madre, se queda solo y tiene buen desempeño social y escolar pero aún exige que la madre esté “una hora antes de la hora de salida no sea que se vaya a olvidar”. Por otro lado, usa el microbús para ir a diferentes lugares con leve ansiedad al inicio del viaje y disfruta paseos fuera de la casa. Además, los padres han iniciado terapia de pareja.

DISCUSIÓN

La primera descripción clásica de agorafobia atribuida a Westphal (1871), fue introducida y codificada como entidad independiente en el CIE-9 (1970) y en Estados Unidos apareció a partir del DSM-III (2).

Según el DSM-IV-TR, la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede

no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil (Criterio A). Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas (Criterio B). Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social, fobia específica, TOC, TEPT o trastorno de ansiedad por separación (Criterio C) (3); En cambio, los criterios de la CIE-10 exigen la presencia de temor o evitación de por lo menos dos de las siguientes situaciones: aglomeraciones, lugares públicos, viajar solo o ausentarse de casa. Además, también requiere la presencia simultánea de como mínimo 2 síntomas de ansiedad (de la lista de 14 síntomas de angustia) en al menos una ocasión, y que estos síntomas “se limiten a, o predominen en, las situaciones temidas o la contemplación de tales situaciones” (3,4).

En este caso se evidencia que J presenta temor o evitación a las aglomeraciones (procesiones religiosas), a los lugares públicos (mercados, escuelas, hospitales), no puede viajar solo en autobús, ni ausentarse solo de casa (no visita a sus familiares ni amigos). Cuando es expuesto ante estas situaciones se angustia, se pone ansioso, sudoroso, hace movimientos de manos, llora y tiene temor a que algo malo le pase, inclusive teme morirse. Puede sobrellevar todo lo anterior si está en compañía de uno de sus padres. Además, no refiere historia previa de trastorno de pánico.

Estamos ante un niño con agorafobia (AG) sin historia aparente de trastorno de pánico (TP), es decir sin crisis de pánico espontáneas y paroxísticas clásicas. Esto es posible, ya que se sabe que en la población general la prevalencia de vida del TP se sitúa entre el 1,5 a 3,5%, mientras que la de AG asciende a 2,5-5,8%, es decir la AG sin historia de TP es más frecuente que la AG con TP, en contra de lo que sería esperable (4).

Los estudios comunitarios y clínicos son muy diferentes en sus estimaciones, por ejemplo el Epidemiologic Catchment Area (ECA), encontró que el 68% de 961 personas con AG no tenían historia de crisis o TP; en contraste estudios clínicos han encontrado porcentajes de 0 a 31% (5). La explicación

de estas discrepancias puede estar en el sesgo que se produce a la hora de buscar atención (los pacientes que acuden al médico serían los más graves y en los que se combinan crisis de pánico y AG), sin embargo también depende de los problemas metodológicos de los diferentes estudios realizados, o que los estudios epidemiológicos hayan sobreestimado esta prevalencia. Además, los ataques espontáneos de pánico no son los únicos factores causantes de AG y ésta puede ser una respuesta de evitación condicionada adquirida a través de la asociación de situaciones temidas con diversas experiencias nocivas (4,5).

El TP con AG es especialmente frecuente en asistencia primaria (prevalencia de punto 1,4-8,0%). Es más frecuente en mujeres, con una relación 2-3:1. La edad de inicio se sitúa entre los 18 a 35 años (4). La AG sin TP, no es muy frecuentemente observada en el entorno clínico a pesar de su alta prevalencia estimada en estudios poblacionales (alrededor del 5,3%), esta incongruencia se debería a que al no presentar ataques de pánico no buscan ayuda inmediata; hay también mayor prevalencia en el sexo femenino (6). Muestras comunitarias de adolescentes y adultos jóvenes, reportan una edad de inicio entre 12,5 y 13,1 años (7).

En escolares, no obstante que puede ocurrir, hay pocos casos reportados de TP con o sin AG, sobre todo en menores de 10 años debido a que el diagnóstico es difícil y se puede confundir con ansiedad de separación, fobia social o específica, inclusive algunos dudan que realmente exista a esta edad (1,8).

En el desarrollo de estos trastornos de ansiedad se sabe que hay influencia genética y ambiental. Los estudios con gemelos han documentado la heredabilidad de estos trastornos, la cual varía desde 28-50% en fobia social, 43-48% en TP y 30-61% para AG. Incluso, algunos estudios han encontrado una alta correlación genética (83%) entre TP y AG, con un incremento del riesgo relativo para TP y AG en los hermanos de aquellos con diagnóstico de AG sin TP, que apoya la teoría de una etiología genética común para ambas entidades (2,6,9).

El ambiente familiar caracterizado por poco afecto, aumento de la sobreprotección, el temperamento ansioso, el comportamiento inhibido, los eventos críticos vitales como separación y muerte de los padres, así como experiencias negativas previas con enfermedades físicas, especialmente asma bronquial confieren vulnerabilidad para la aparición posterior de TP y/o AG en la edad adulta (2,10).

El tratamiento de la agorafobia, requiere una importante labor educativa, tanto en el paciente como en la familia y debe combinar abordajes farmacológicos y cognitivo conductuales específicos. Se pueden utilizar ISRS, como una extrapolación de su uso en adultos, y desde el punto de vista psicológico el tratamiento debe combinar un abordaje conductual y cognitivo, como exposición gradual en vivo a las situaciones temidas, exposición interoceptiva, corrección de las interpretaciones catastróficas sobre sensaciones corporales, aprendizaje de estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación y entrenamiento respiratorio (2). Otros también incluyen abordajes con procedimientos como la terapia de exposición a realidad virtual (TERV), con resultados prometedores, especialmente en adultos crónicos que no pueden salir de sus hogares (11).

En este caso, luego de iniciado la farmacoterapia, se realizó una labor psicoeducativa en el paciente y los padres, comunicándose al director y profesores sobre el padecimiento del paciente. Los padres comprendieron que lo que tenía su hijo no era porque era “nervioso” y era contraproducente sobreprotegerlo. Se programaron citas semanales y exposición gradual a las situaciones temidas, como al colegio, mercados y microbuses, aumentando el tiempo de exposición gradualmente. Se emplearon estrategias como el comunicarle previamente al niño que va a sentir ansiedad antes de la exposición, pero que ésta será pasajera, además que la madre lo acompañe al colegio y esté en el salón de clases, luego en el patio y finalmente en otro lugar diferente. Además felicitarlo y celebrar sus logros, con videos y golosinas que a él le gustan. No encontramos resistencia por parte de los padres. La que más asistió a las sesiones fue la madre, ya que el padre tenía que trabajar. Al cabo de 6 meses J evoluciona favorablemente, asiste al colegio, puede ir a mercados y viaja en microbús con leve ansiedad.

En cuanto al curso y pronóstico de la agorafobia en muestras clínicas y epidemiológicas se ha descrito como crónicamente persistente y las remisiones completas son poco frecuentes, sobre todo en los casos severos. Los factores que contribuyen a la cronicidad y a la recaída son la comorbilidad con depresión y los trastornos de personalidad (2).

Se concluye, que la agorafobia puede aparecer a temprana edad y que los profesores y padres de familia,

deben estar alertas cuando notan que un niño manifiesta ansiedad excesiva ante situaciones temidas o evitación a la escuela y en esos casos la conducta adecuada es la evaluación por un profesional capacitado.

Correspondencia

Luis Fiestas Teque.

Av. Antares N° 158 - Dpto 101, Urb. San Roque. Santiago de Surco. Lima 33, Perú.

Correo electrónico: fiestasluis@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballenger JC, Carek DJ, Steele JJ, Cornish-Mc Tighe D. Three case of panic disorder with agoraphobia in children. *Am J psychiatry* 1989; 146:922-4.
2. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava JA, Craske MG. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 2010; 27: 113-33.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002. p. 481-93.
4. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sánchez-Planell L. Agorafobia. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(2): 60-5.
5. Horwath E, Lish JD, Johnson J, Horning CD, Weissman MM. Agoraphobia without panic: clinical reappraisal of an epidemiologic finding. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1496-501.
6. Mosing MA, Gordon SD, Medland SE, Statham SJ, Nelson EC, Heath AC, et al. Genetic and environmental influences on the co-morbidity between depression, panic disorder, agoraphobia, and social phobia: a twin study. *Depress Anxiety* 2009; 26: 1004-11.
7. Wittchen HU, Reed V, Kessler RC. The relation of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1017-24.
8. Klein DF, Klein RG. Does panic disorder exist in childhood? *J Am Child Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 834.
9. Smoller JW, Gardner-Schuster E, Misiaszek M. Genetic of anxiety: Would the genome recognize the DSM? *Depress Anxiety* 2008; 25: 368-77.
10. Craske MG, Poulton R, Tsao JC, Plotkin D. Paths to panic disorder/agoraphobia: an exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(5): 556-63.
11. Pitti CT, Peñate W, De la Fuente J, Bethencourt JM, Acosta L. Agorafobia: tratamientos combinados y realidad virtual. Datos preliminares. *Act Esp Psiquiatr* 2008; 36(2): 94-101.